

医保一定点医疗机构—检查单（检查标准）

检查单名称	检查模块	检查项	检查内容	检查标准	
				检查要点	检查依据
医保定点医疗机构检查单	定点医疗机构医保执法检查	定点医疗机构遵守医保法律法规情况	是否发现医保支付的诊疗、检验项目存在违反医保法律法规规定的情形 是否发现医保支付的药品、耗材存在违反医保法律法规规定的情形 是否发现医保支付的服务设施存在违反医保法律法规规定的情形	检查医保支付的诊疗、检验项目；药品、耗材；服务设施，是否存在违反医保法律法规规定，骗取医疗保障基金支出的，如选择“是”，即不合格，依据《中华人民共和国社会保险法》第八十七条、《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条进行处罚；如选择“否”，接着跳转问题，是否造成医疗保障基金损失，如选择“是”，即不合格，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条进行处罚；	<p>一、骗取医疗保障基金支出：</p> <p>1.《中华人民共和国社会保险法》（中华人民共和国主席令第 35 号）第八十七条 社会保险经办机构以及医疗机构、药品经营单位等社会保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险基金支出的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；属于社会保险服务机构的，解除服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格。</p> <p>2.《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令第 735 号）第四十条 定点医药机构通过下列方式骗取医疗保障基金支出的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款；责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至由医疗保障经办机构解除服务协议；有执业资格的，由有关主管部门依法吊销执业资格：</p> <p>（一）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据；</p> <p>（二）伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；</p> <p>（三）虚构医药服务项目；定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的，实施了本条例第三十八条规定行为之一，造成医疗保障基金损失的，按照本条规定处理。</p>
					<p>二、造成医疗保障基金损失：</p> <p>《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令第 735 号）第十五条 定点医药机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。</p> <p>定点医药机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。</p> <p>第十九条第二款 定点医药机构不得为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利。</p> <p>第三十八条 定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额 1 倍以上 2 倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 2 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：</p> <p>（四）分解住院、挂床住院；</p> <p>（五）违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务；</p> <p>（六）重复收费、超标准收费、分解项目收费；</p> <p>（七）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；</p> <p>（八）为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；</p> <p>（九）将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算；</p>

			是否发现定点医疗机构违反医保管理要求	<p>检查定点医疗机构是否存在违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条医保管理要求，如选择“是”，即不合格，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条进行处罚；</p>	<p>《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令第 735 号）第十四条第一款 定点医药机构应当建立医疗保障基金使用内部管理制度，由专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作，建立健全考核评价体系。</p> <p>第十五条第二款 定点医药机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。</p> <p>第十六条 定点医药机构应当按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料，及时通过医疗保障信息系统全面准确传送医疗保障基金使用有关数据，向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。</p> <p>第二十九条第二款 医疗保障行政部门进行监督检查时，被检查对象应当予以配合，如实提供相关资料和信息，不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。</p> <p>第三十九条 定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；拒不改正的，处 1 万元以上 5 万元以下的罚款；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：</p> <p>（十）未建立医疗保障基金使用内部管理制度，或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作；</p> <p>（十一）未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料；</p> <p>（十二）未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据；</p> <p>（十三）未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息；</p> <p>（十四）未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息；</p> <p>（十五）除急诊、抢救等特殊情形外，未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务；</p> <p>（十六）拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。</p>
	其他违反医保法律法规规定	其他违反医保法律法规规定	有无发现其他违反医保法律法规规定的问 题	<p>如选择“发现”，即不合格。</p>	<p>其他同类解释：</p> <p>《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令第 735 号）第三十八条</p> <p>（七）造成医疗保障基金损失的其他违法行为。</p> <p>第四十条</p> <p>（四）其他骗取医疗保障基金支出的行为。</p>